

Application pour client privé

Private Client application

Souscrit par Catlin Insurance Company (UK) Ltd
Underwritten by Catlin Insurance Company (UK) Ltd



Remplir ce formulaire

Filling out this form

- Utilisez ce formulaire pour souscrire à l'un de nos 4 plans d'assurance santé Prima.
- Use this form to apply for one of our 4 Prima healthcare plans.
- Vous devez faire particulièrement attention en répondant à ces questions qui sont importantes pour que nous puissions vous fournir cette assurance et en établir les termes et les cotisations. Veuillez nous contacter si vous ne comprenez pas la question ou la nature de l'information demandée ou veuillez demander de l'aide à votre courtier. Un défaut d'information ou des informations incomplètes ou erronées peuvent entraîner la perte de votre couverture ou d'autres recours. N'oubliez pas de signer l'attestation en page 7.
- You must take care in answering all the following questions which are relevant to us in providing this insurance and setting the terms and premium. Please contact us if you do not understand the question or the nature of the information required or please seek guidance from your broker. Failure to provide information or the provision of incomplete or inaccurate information may result in the loss of cover or other remedies. Remember to sign the Declaration on page 7.
- Veillez écrire de manière lisible en lettres majuscules.
- Please write clearly using capital letters.
- Si cela est un transfert d'un autre assureur ou d'une assurance collective ALC Health, vous devez joindre une copie de votre Certificat d'Assurance actuel.
- If you are transferring from another insurer or from an ALC Health group policy, you must attach a copy of your current Certificate of Insurance.
- Pour toute question, contactez-nous au +44 (0) 1903 817970 (GB), +34 952 93 16 09 (Espagne) ou +350 2000 77731 (Gibraltar).
- If you have any questions, call us on +44 (0) 1903 817970 (UK), +34 952 93 16 09 (Spain) or +350 2000 77731 (Gibraltar).
- Si vous souhaitez obtenir une copie de ce formulaire, merci de nous le faire savoir dans les 3 mois.
- If you'd like a copy of this application form, please let us know within 3 months.

Et ensuite?

What's next?

- Envoyez-nous votre formulaire complété par l'un de ces moyens :
 - Send your completed form back to us using **one** of these options:
 - E-Mail:** privateclient@alhealth.com
 - Email:** privateclient@alhealth.com
 - Fax:** + 44 (0) 1903 879719
 - Fax:** + 44 (0) 1903 879719
 - Courrier:** ALC Health, Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA United Kingdom
 - Post:** ALC Health, Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA United Kingdom
- Nous vous enverrons vos conditions et demanderons le paiement dans 5 jours ouvrables.
- We'll write to you with your terms and requesting payment within 5 working days.
- Une fois que nous avons reçu votre paiement, nous vous enverrons votre documentation d'assurance.
- Then, once we've received your payment, we'll send your policy documentation.

Les polices d'assurance de ALC Health sont internationales de nature et pourraient ne pas prendre en compte certaines exigences légales locales ou nationales particulières concernant la couverture d'assurance santé. C'est la responsabilité du titulaire de l'assurance de prendre conseil et / ou d'être certain que la couverture corresponde à ses besoins.

ALC Health policies are international in nature and may not take account of any specific local or national legal requirement in terms of health insurance coverage. It is the responsibility of the policyholder to take advice and/or be satisfied that the coverage is in accordance with their needs.

1 Choisir votre niveau de couverture Choosing your level of cover

Veillez sélectionner un plan pour assurer tous les individus de cette application, et cochez les cases pour choisir votre niveau de couverture. Pour plus de détails sur nos plans, rendez-vous sur www.alhealth.com ou scannez tout simplement ce code avec votre smartphone. **A noter:** Prima Concept n'est pas convenable pour les critères de résidence en Allemagne.

Please select **one plan** below to cover everyone on this application, then tick the boxes to choose your level of cover. For more information on our plans, visit www.alhealth.com or simply scan this code with your smartphone →
Please note: Prima Concept is not appropriate for residency requirements in Germany.



Prima Concept	Prima Classic	Prima Premier	Prima Platinum
<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation, ambulatoire, et consultation hospitalière In-patient, day-patient and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation, ambulatoire, et consultation hospitalière In-patient, day-patient and out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation et ambulatoire In-patient and day-patient treatment <input type="checkbox"/> Consultation ambulatoire Out-patient treatment	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation, ambulatoire, et consultation hospitalière In-patient, day-patient and out-patient treatment
	Limite pour grossesse et accouchement de routine : Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> 3 000€ : 3 600€ : 4 500 \$US <input type="checkbox"/> 5 000€ : 6 000€ : 7 500 \$US	Limite pour grossesse et accouchement de routine : Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> 3 000€ : 3 600€ : 4 500 \$US <input type="checkbox"/> 5 000€ : 6 000€ : 7 500 \$US <input type="checkbox"/> 7 500€ : 9 000€ : 11 250 \$US <input type="checkbox"/> 10 000€ : 12 000€ : 15 000 \$US	Limite pour grossesse et accouchement de routine : Routine pregnancy and childbirth limit: <input type="checkbox"/> 3 000€ : 3 600€ : 4 500 \$US <input type="checkbox"/> 5 000€ : 6 000€ : 7 500 \$US <input type="checkbox"/> 7 500€ : 9 000€ : 11 250 \$US <input type="checkbox"/> 10 000€ : 12 000€ : 15 000 \$US <input type="checkbox"/> 20 000€ : 24 000€ : 30 000 \$US
	<input type="checkbox"/> Soins dentaires Dental treatment	<input type="checkbox"/> Soins dentaires Dental treatment	<input type="checkbox"/> Soins dentaires Dental treatment
<input type="checkbox"/> Évacuation ou rapatriement Evacuation or Repatriation	<input type="checkbox"/> Évacuation ou rapatriement Evacuation or Repatriation	<input type="checkbox"/> Évacuation ou rapatriement Evacuation or Repatriation	<input type="checkbox"/> Évacuation ou rapatriement Evacuation or Repatriation

Zone de couverture :

Area of cover:

- Zone 1 -Europe
Area 1 – Europe
- Zone 2 -International (sauf USA)
Area 2 – Worldwide (excluding USA)

Zone de couverture :

Area of cover:

- Zone 1 -Europe
Area 1 – Europe
- Zone 2 -International (sauf USA)
Area 2 – Worldwide (excluding USA)
- Zone 3 -International
Area 3 – Worldwide

Zone de couverture :

Area of cover:

- Zone 1 -Europe
Area 1 – Europe
- Zone 2 -International (sauf USA)
Area 2 – Worldwide (excluding USA)
- Zone 3 -International
Area 3 – Worldwide

Zone de couverture :

Area of cover:

- Zone 1 -Europe
Area 1 – Europe
- Zone 2 -International (sauf USA)
Area 2 – Worldwide (excluding USA)
- Zone 3 -International
Area 3 – Worldwide

Dans quelle devise souhaitez-vous payer votre premium? Le paiement de vos prestations se fera aussi dans cette devise.

In which currency would you like to pay your premium? Your policy benefits will also be in this currency.

- GB£ Euro€ \$US

Combien d'excédent souhaitez-vous payer? L'excédent est par personne par année d'assurance et ne s'applique pas aux options de Grossesse et Accouchement de Routine, Soins Dentaires, Évacuation ou Rapatriement, ou les prestations Bien-Être, Optique ou Vaccins. Pour réduire votre montant premium, choisissez une assurance excédentaire plus élevée**How much excess would you like to pay? Excess is per person per policy year and does not apply to Routine Pregnancy & Childbirth, Dental Treatment, Evacuation or Repatriation options or Well-being, Optical and Vaccination benefits. To reduce your premium amount, choose a higher policy excess.**

- N/A 50€ : 60€ : 75 \$US 150€ : 180€ : 225 \$US 300€ : 360€ : 450 \$US
- 500€ : 600€ : 750 \$US 1 000€ : 1 200€ : 1 500 \$US 2 500€ : 3 000€ : 3750 \$US 5 000€ : 6 000€ : 7 500 \$US
- 7 500€ : 9 000€ : 11 250 \$US

Comment souhaitez-vous payer votre premium? Nous vous enverrons les détails après l'acceptation de votre application.**How would you like to pay your premium? We'll send details following acceptance of your application.**

- Annuellement Carte de crédit/débit Prélèvement automatique SEPA# Virement bancaire Chèque
- Annually Credit / Debit Card SEPA Direct Debit# Bank Transfer Cheque
- Trimestriellement Carte de crédit/débit Prélèvement automatique SEPA# Virement bancaire
- Quarterly Credit / Debit Card SEPA Direct Debit# Bank Transfer
- Mensuellement Carte de crédit/débit Prélèvement automatique SEPA# Virement bancaire
- Monthly Credit / Debit Card SEPA Direct Debit# Bank Transfer

Paiements par prélèvement automatique SEPA à partir de comptes bancaires UE/EEE uniquement

#SEPA Direct Debit payments from EU/EEA bank accounts only

2 Vos Coordonnées

Your details

Coordonnées de l'assuré

Policyholder details

Titre

Title

- M. Mme Mlle Mad. Autre:
- Mr Mrs Miss Ms Other:

Prénom(s)

First name(s)

Nom de famille

Surname

Date de naissance (JJ-MM-AAAA) Sexe

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Gender

Profession (fournir tous les détails)

Occupation (please give full details)

Nationalité

Nationality

Pays de résidence

Country of residence

Adresse email

Email address

L'assuré sera-t-il assuré sous ce programme?

Is the Policyholder to be insured under this policy?

- Oui Non
- Yes No

Adresse personnelle

Home address

Code postal :

Postcode:

Pays :

Country

Adresse de contact (si différente)

Correspondence address (if different)

Code postal :

Postcode:

Pays :

Country

N° de téléphone

Phone numbers

Maison :

Home:

Travail :

Work:

Mobile :

Mobile:

Fax :

Fax:

Coordonnées des membres supplémentaires

Additional family member details

Veuillez donner les détails de tous les membres de la famille supplémentaires qui seront assurés. Cela inclut votre époux/partenaire et tous les enfants âgés de moins de 25 ans vivant avec vous de manière permanente ou suivant une éducation à temps plein.

Please give details of any additional family members to be covered by this policy. This includes your spouse/partner and any children under the age of 25 years of age who are permanently living with you or in full time education.

Si plus de quatre membres supplémentaires doivent être assurés, veuillez photocopier cette page avant de remplir cette section, et indiquez le numéro de chaque page dans les cases à droite.

If more than four additional family members are to be covered, please photocopy this page before you start filling in this section, and number each sheet using the boxes on the right to help us keep track.

Copie numéro de
Copy number of

1^{er} membre de la famille 1st family member

Titre

Title

Prénom(s)

First name(s)

Nom de famille

Surname

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Relation avec assuré

Relationship to policyholder

Profession

Occupation

Nationalité

Nationality

Pays de résidence

Country of residence

2^{ème} membre de la famille 2nd family member

Titre

Title

Prénom(s)

First name(s)

Nom de famille

Surname

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Relation avec assuré

Relationship to policyholder

Profession

Occupation

Nationalité

Nationality

Pays de résidence

Country of residence

3^{ème} membre de la famille 3rd family member

Titre

Title

Prénom(s)

First name(s)

Nom de famille

Surname

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Relation avec assuré

Relationship to policyholder

Profession

Occupation

Nationalité

Nationality

Pays de résidence

Country of residence

4^{ème} membre de la famille 4th family member

Titre

Title

Prénom(s)

First name(s)

Nom de famille

Surname

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Relation avec assuré

Relationship to policyholder

Profession

Occupation

Nationalité

Nationality

Pays de résidence

Country of residence

Historique médical

Medical history

Effectuez-vous un transfert d'un autre assureur ou d'une assurance collective ALC Health? Il ne devrait pas y avoir d'interruption de la part de votre assureur précédent.

Are you transferring from another insurer or from an ALC Health group policy? There should be no break in cover from your previous insurer.

Non – veuillez vous rendre à la section 3

No – please go to section 3

Oui - veuillez répondre aux questions ci-dessous et joindre une copie de votre Certificat d'Assurance actuel

Yes – please complete the questions below and attach a copy of your current Certificate of Insurance

Assurez-vous d'avoir la permission de nous communiquer les informations médicales de tous les membres de la famille que vous souhaitez ajouter.

Please make sure you have permission to advise us of all the medical details for all family members you wish to add to this plan.

Copie numéro de
Copy number of

Assuré Policyholder

1^{er} membre de la famille 1st family member

2^{ème} membre de la famille 2nd family member

3^{ème} membre de la famille 3rd family member

4^{ème} membre de la famille 4th family member

Avez-vous eu un cancer dans les 5 dernières années?

Have you had cancer in the last 5 years?

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Avez-vous des soins, consultations, enquêtes, examens ou diagnostics prévus ou en cours pour un cancer?

Do you have any treatment, consultations, investigations, diagnostic tests or check-ups planned or pending for cancer?

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Avez-vous été soigné à l'hôpital ou consulté un docteur ou spécialiste dans les 12 derniers mois?

Have you had any treatment in hospital or consulted a doctor, medical practitioner or specialist in the last 12 months?

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Avez-vous des soins, consultations, enquêtes, examens ou diagnostics prévus ou en cours?

Do you have any treatment, consultations, investigations, diagnostic tests or check-ups planned or pending?

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Oui Non
Yes No

Par soin, nous comprenons les interventions médicales et chirurgicales, dont les médicaments prescrits par un médecin nécessaires au diagnostic ou au traitement d'une maladie ou blessure. Un spécialiste peut être tout docteur, dont un psychiatre, qui n'est pas votre médecin généraliste.

By treatment we mean surgical or medical intervention including drugs prescribed by a doctor, that are needed to diagnose, relieve or cure a disease, illness or injury. A specialist is any doctor, including psychiatrist who is not your medical practitioner.

Déclarer des maladies

Declaring illnesses

Si vous avez répondu **oui** à l'une des questions ci-dessus, donnez tous les détails ici. Veuillez continuer sur une autre page si nécessaire.
If you've answered **yes** to any of the questions above, you must give full details here. Please continue on a separate sheet if necessary.

Nom complet

Full name

Condition médicale, dont pronostic actuel

Medical condition, including current prognosis

Soins, dont dates, médicaments et dosages

Treatment, including dates, drugs and dosages

Nom complet

Full name

Condition médicale, dont pronostic actuel

Medical condition, including current prognosis

Soins, dont dates, médicaments et dosages

Treatment, including dates, drugs and dosages

Nom complet

Full name

Condition médicale, dont pronostic actuel

Medical condition, including current prognosis

Soins, dont dates, médicaments et dosages

Treatment, including dates, drugs and dosages

Assurance complémentaire

Top-up Policy

- Veuillez cocher si vous avez une assurance santé locale. Vous pouvez utiliser les demandes admissibles de votre assurance santé locale pour utiliser l'excédent de votre assurance ALC Health.

Please tick if you have a local health insurance policy. You can use the eligible claims you make on your local health insurance policy to use up the excess on your ALC Health policy.

3 Loi sur la Protection des Données 1998 Data Protection Act 1998

Pour mettre en place et gérer votre plan, ALC Health, ses souscripteurs Catlin Insurance Company (UK) Ltd et ses gestionnaires de réclamation attirés Global Response, conserveront et utiliseront les informations vous concernant et les autres personnes assurées. Ces informations peuvent avoir été fournies par vous, des membres de votre famille, ou des prestataires de santé. Ne communiquez aux prestataires de santé que les informations sensibles (comme des détails de santé) des membres de la famille de plus de 16 ans assurées par le plan, si vous en avez la permission. Si vous nous donnez ces informations, cela confirme que vous avez leur permission.

To set up and manage your plan, ALC Health, its underwriters Catlin Insurance Company (UK) Ltd and its appointed claims handlers Global Response, will hold and use information about you and anyone included under the plan. This information may have been supplied by you, family members covered under the plan, or healthcare providers. Please only provide healthcare providers with sensitive information (such as health information) about family members aged over 16, covered under the plan, if you have their consent to do so. If you give us this information we'll take this as confirmation that you have their consent.

Avant de signer et renvoyer ce formulaire, il est important que tous les individus de plus de 16 ans inclus dans l'assurance comprennent les termes et conditions du plan. Before you sign and return this form it is important that anyone over the age of 16 that you wish to include under your policy, understands the terms and conditions that apply to the plan.

ALC Health, ses souscripteurs ou ses gestionnaires de réclamation peuvent employer d'autres organisations pour effectuer certaines de leurs tâches et faire fonctionner leur système informatique. En plus de communiquer avec vos prestataires de santé, les souscripteurs et/ou les gestionnaires de réclamation d'ALC Health partageront les informations entre eux et avec ALC Health pour traiter vos réclamations. ALC Health, ses souscripteurs ou ses gestionnaires de réclamation peuvent transférer des informations à des pays en dehors de Zone Économique Européenne (EEA) où les lois protégeant les informations privées ne sont pas aussi fortes qu'en EEA. Ils s'assureront toujours que toutes les organisations travaillant pour eux fournissent un degré de protection approprié.

ALC Health, its underwriters or its claims handlers may employ other organisations to undertake some of their work for them and to run and improve their computer systems. As well as communication with your healthcare providers, ALC Health's underwriters and/or its claims handlers will share information with each other and with ALC Health in order to manage your claims. ALC Health, its underwriters or its claims handlers may transfer information to countries outside the European Economic Area (EEA) where the laws protecting personal information are not as strong as in the EEA. They will always take steps to ensure that all organisations working for them provide an appropriate level of protection.

L'assuré est le propriétaire légal du plan. ALC Health et ses souscripteurs enverront la plupart de leurs communications écrites à propos du plan ou toute réclamation à l'assuré. Si toute personne de plus de 18 ans que vous souhaitez assurer ne le souhaite pas, cette personne doit compléter une application pour leur propre plan. The policyholder is the legal owner of the plan. ALC Health and its underwriters will send most of their written communications about the plan and about any claims to the policyholder. If any person over 18 that you intend to cover under the plan does not wish them to do this, that person should apply for their own plan.

En signant ce formulaire, l'assuré confirme que :

- Toute personne incluse dans ce plan sait que l'assuré a leur permission d'agir pour eux dans l'établissement de ce plan
- L'assuré consent de la part de ces membres de la famille et pour lui-même qu'ALC Health, ses souscripteurs et ses gestionnaires de réclamation peuvent utiliser les informations personnelles comme décrit ci-dessus.

By signing this form the policyholder confirms that:

- anyone included on the plan has agreed that the policyholder has their permission to act for them to set up this plan
- the policyholder consents on behalf of those family members and themselves to ALC Health, its underwriters and its claims handlers using personal information in the ways described above.

ALC Health, ses souscripteurs et/ou ses gestionnaires de réclamation peuvent communiquer des informations directement à des tiers ou en utilisant des bases de données partagées. Ces tiers incluront d'autres assureurs et des agences policières pour empêcher ou enquêter sur les crimes, dont les fraudes et des recours abusifs. Dans certaines situations, ALC Health, ses souscripteurs ou ses gestionnaires de réclamation peuvent fournir des informations quant à leurs soupçons de crime à des agences policières et indiquera aux organismes de contrôle quand ils ont de bonnes raisons de mettre en question les capacités d'un prestataire de santé.

ALC Health, its underwriters and/or its claims handlers may pass information directly to third parties or by using shared databases. These third parties will include other insurers and law enforcement agencies. This is to prevent or investigate crime, including fraudulent or other improper claims. In some circumstances ALC Health, its underwriters or its claims handlers must provide information about their suspicions of crime to law enforcement agencies and will let the relevant regulatory body know when it has good reason to question a healthcare provider's fitness to practice.

Si toute personne souhaite savoir les informations qu'ALC Health possède sur eux, ils doivent contacter ALC Health. S'ils souhaitent savoir les informations que les souscripteurs possèdent sur eux, ils doivent écrire à Data Protection Manager, Catlin Insurance Company (UK) Ltd, 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG. S'ils souhaitent savoir les informations que les gestionnaires de réclamation possèdent sur eux, ils doivent écrire à Global Response, PO Box 1114, Cardiff CF11 1UL United Kingdom. ALC Health, ses souscripteurs et/ou ses gestionnaires de réclamation peuvent réclamer des frais pour ce service.

If any person would like details of the information that ALC Health holds about them they should contact ALC Health. If they would like details of the information that the underwriter holds about them they should write to the Data Protection Manager, Catlin Insurance Company (UK) Ltd, 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG. If they would like details of the information that the claims handlers hold about them, they should write to Global Response, PO Box 1114, Cardiff CF11 1UL United Kingdom. ALC Health, its underwriters and/or its claims handlers may charge a fee for this service.

En signant et renvoyant ce formulaire, vous consentez que ALC Health, ses souscripteurs, ses gestionnaires de réclamation et toute organisation autorisée par ALC Health puissent utiliser les informations que vous avez fournies pour vous informer par courrier, téléphone, email ou SMS des produits, services, et informations de santé, à moins que vous cochiez cette case. Vous pouvez changer d'avis à tout moment en nous contactant.

By signing and returning this form you agree that ALC Health, its underwriters, its claims handlers and any other organisations authorised by ALC Health may use the information you have provided to inform you by letter, telephone, email or mobile message of products, services and healthcare information unless you tick this box to show otherwise. You may change your mind at any time by contacting us.

4 Votre Déclaration Your declaration

1. J'ai reçu et lu toutes les Définitions, Prestations, Exclusions et Conditions de cette Assurance, dont l'Exclusion Générale 1 liée aux Conditions Préexistantes et la Condition Générale 7 liée au Droit Applicable. Je comprends que le Formulaire d'Application, le Certificat d'Assurance et le Texte d'Assurance forment le contrat entre nous et toute partie de l'Assurance. Je sais qu'une couverture sera fournie selon l'assurance. L'Exclusion Générale 1 liée aux Conditions Préexistantes n'est pas applicable aux transferts de souscription médicale. Toute exclusion personnelle sera mentionnée dans le Certificat d'Assurance.

I have received and read the full Definitions, Benefits, Exclusions and Conditions of this Policy including General Exclusion 1 relating to Pre-existing Conditions and General Condition 7 relating to Governing Law. I understand that the Application Form, Certificate of Insurance and the Policy Wording make up the contract between us and all form part of the policy. I am aware that cover shall be provided in accordance with the policy. General Exclusion 1 relating to Pre-existing Conditions is not applicable to medical underwriting transfers. Any personal exclusions will be stated on your Certificate of Insurance.

2. Je certifie (nous certifions) par la présente que les informations contenues dans cette proposition sont, à ma (notre) connaissance, exactes et complètes. J'ai (nous avons) fait attention à ne pas faire de fausse déclaration dans les informations données, et je comprends (nous comprenons) que les informations demandées sont nécessaires pour l'acceptation et l'évaluation de cette assurance, les termes selon lesquels elle est acceptée ainsi que les cotisations imputées.

I/we declare that the information disclosed in this proposal is, to the best of my/our knowledge and belief, both accurate and complete. I/we have taken care not to make any misrepresentation in the disclosure of this information and understand that all information provided is relevant to the acceptance and assessment of this insurance, the terms on which it is accepted and the premium charged.

3. Je comprends que si je ne suis pas satisfait par le contenu de cette assurance, je peux annuler l'assurance dans les 14 jours après complétion de ce contrat comme indiqué dans le Texte d'Assurance.

I understand that if I am not satisfied with the content of this policy, I may cancel the insurance within 14 days of the completion of this contract as set out in the Policy Wording.

4. Si j'ai indiqué que je souhaite payer par carte de crédit/débit ou par prélèvement automatique, j'autorise à la carte healthcare limited de prélever mon compte jusqu'à 4 jours avant la date de prélèvement/renouvellement avec le premium approprié, et tous les renouvellements premium jusqu'à que je signifie par écrit que je souhaite rompre cet Accord. Je comprends qu'à la carte healthcare limited ne peut être tenu responsable si mon assurance expire dans le cas où la carte de crédit/débit ou le prélèvement automatique est rejeté et que je ne réponds pas aux demandes de méthodes de paiement alternatives dans les 7 jours.

If I have indicated that I wish to pay by credit/debit card or Direct Debit, I authorise à la carte healthcare limited to debit my account up to 4 days in advance of the collection/renewal date with the appropriate premium, and all subsequent renewal premiums due as notified until I give written notice that I wish to terminate this Agreement. I understand that à la carte healthcare limited cannot be liable if my policy is lapsed should the credit/debit card or Direct Debit be declined and I do not respond to requests for alternative methods of payment within 7 days.

5. J'ai lu la Loi de Protection des Données de 1998 contenue dans ce Formulaire.

I have read the Data Protection Act 1998 notice as contained in this Application Form.

6. Si vous n'êtes pas attentif et que les informations fournies sont imprécises ou incomplètes, alors nous pourrions passer à l'une ou plusieurs des actions suivantes :

- (i) Annuler votre plan ;
- (ii) Déclarer votre abonnement nul (considérer votre plan comme n'ayant jamais existé) ;
- (iii) Changer les termes de votre plan ; ou
- (iv) Refuser de traiter l'intégralité ou une partie de toute réclamation ou réduire le montant des paiements de toute réclamation.

If you don't take reasonable care and the information you give us is inaccurate or incomplete then we may take one or more of the following actions:

- (i) Cancel your plan;
- (ii) Declare your membership void (treating your plan as if it had never existed);
- (iii) Change the terms of your plan; or
- (iv) Refuse to deal with all or part of any claim or reduce the amount of any claims payments.

Nous pouvons vous demander de fournir plus d'informations et/ou documentations pour confirmer que les informations fournies lors de la souscription, changement ou renouvellement de votre plan soient précises et complètes.

We may ask you to provide further information and/or documentation to make sure that the information you gave us when taking out, making changes to or renewing your plan was accurate and complete.

Nous et vous avons le droit de sélectionner la loi régissant ce contrat d'assurance. Nous proposons la législation anglaise et celle-ci s'appliquera donc sauf accord contraire.

We and you are entitled to choose the law that will govern this contract of insurance. We propose English law and this will apply unless otherwise agreed.

Aucune couverture n'est en vigueur jusqu'à l'acceptation de cette proposition par l'assureur et le paiement des cotisations. L'assureur se réserve le droit de décliner toute proposition d'assurance ou de proposer des cotisations et termes différents de ceux soumis selon les informations que vous avez fournies.

No cover is in force until this proposal is accepted by the insurer and the premium is paid. The insurer reserves the right to decline any insurance proposal or to offer different premium and terms from those quoted dependent on the information you have provided.

Date de début de l'assurance

Policy start date

Date (JJ-MM-AAAA)

Date (DD-MM-YYYY)

Votre assurance ne peut commencer avant réception et acceptation de ce formulaire. Si vous souhaitez que votre Couverture commence à une date ultérieure, indiquez-nous tout changements dans les informations données dans ce formulaire. Vous ne pouvez pas demander une couverture plus de 60 jours après complétion de ce formulaire.

Your policy cannot start until we receive and accept this form. If you'd like your cover to start at a future date, you must let us know if there are any changes to the information given in this form – you cannot apply for cover more than 60 days in advance of completion of this form.

Documentation

Documentation

Souhaitez-vous recevoir la documentation de l'assurance et futures correspondances par email? Nous utiliserons l'adresse de la page 2.

Would you like to receive all policy documentation and future correspondence by email? We'll use the address from page 2.

Oui
Yes

Non
No

Confirmation

Confirmation

Signature de l'assuré

Policyholder signature

La signature de cette demande ne vous engage aucunement à signer ce contrat d'assurance.

Signing this Application does not bind you to enter into this insurance.

Date de signature (JJ-MM-AAAA)

Date signed (DD-MM-YYYY)

Si vous complétez la version digitale de ce formulaire, veuillez cocher la case ci-dessous pour accepter la déclaration.

If you're completing a digital version of this form, please tick the box below to acknowledge the declaration.

Je, l'assuré, confirme que j'ai lu et compris la déclaration.

I confirm, as the policyholder, I have read and understood this declaration

Nom Agence

Agency name

N° Agence

Agency number

Ce document a été traduit de l'anglais vers le français. Dans le cas d'un litige, la version anglaise prend le dessus. Même si tout a été fait pour fournir une traduction précise, ALC Health ne peut être tenu responsable pour toute erreur, omission ou mauvaise interprétation dans la traduction.

Catlin Insurance Company (UK) Ltd. Siège social : 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG. Immatriculé au Royaume-Uni et au Pays de Galles. Immatriculé en Angleterre sous le numéro 5328622.
Catlin Insurance Company (UK) Ltd est autorisée par la Prudential Regulation Authority (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) et réglementée par la Financial Conduct Authority (Autorité des marchés financiers) ainsi que la Prudential Regulation Authority.

Global Response Ltd. Siège social : 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex BN43 6BF. Immatriculé au Royaume-Uni et au Pays de Galles. Numéro d'immatriculation : 05830667.
Global Response Ltd est autorisée et réglementée par la Financial Conduct Authority (Autorité des marchés financiers).

ALC Health est une marque commerciale de a la carte healthcare ltd. enregistrée en Angleterre n°4163178. Bureau enregistré : Chanctonfold Barn, Chanctonfold, Horsham Road, Steyning, West Sussex BN44 3AA. a la carte healthcare limited est autorisé et régulé par la Financial Conduct Authority (FCA).